

Kesehatan Jiwa di Indonesia dari Deinstitutionalisasi sampai Desentralisasi

Sri Idaiani

Abstrak

Deinstitutionalisasi adalah kebijakan di bidang kesehatan jiwa yang dimulai di negara-negara maju sekitar tahun 1950. Kebijakan tersebut telah dilakukan di Indonesia, meskipun informasi tentang keberhasilan dan kegagalan masih terbatas pada pendapat profesional di kalangan psikiatri. Disaat program ini belum sepenuhnya berhasil, Indonesia mengalami perubahan politik yang mengantarkan pada kebijakan desentralisasi. Pada saat yang bersamaan, muncul masalah kekurangan tenaga dokter spesialis psikiater. Tujuan analisis ini adalah untuk melakukan kajian terhadap berbagai masalah yang berkaitan dengan psikiater dan deinstitutionalisasi pada era desentralisasi. Dalam artikel ini disajikan beberapa kondisi yang terjadi di negara lain serta kajian terhadap kebijakan yang ada di Indonesia. Berdasarkan informasi yang dikumpulkan dapat disimpulkan bahwa di Indonesia terjadi kekurangan tenaga psikiater, masalah deinstitutionalisasi terkait erat dengan pembiayaan bidang kesehatan. Perlu kajian lebih mendalam tentang dampak dan model yang sesuai untuk Indonesia melalui penelitian terapan, riset operasional khususnya di bidang kesehatan jiwa masyarakat. Desentralisasi akan berhasil meningkatkan pembangunan kesehatan jiwa apabila ada perkuatan dukungan lintas sektor khususnya legislatif.

Kata kunci : Deinstitutionalisasi, desentralisasi, psikiater

Abstract

Deinstitutionalization is an international mental health policy started in 1950 by developed countries. This policy has implemented in Indonesia, even though there were no evaluation related to the policy. The opinion is still limited by professional judgment. While the program has not finished, Indonesia had political reformation. Decentralization was a part of reformation program. Besides, there was lack of psychiatrist in Indonesia. The aim of this study is to assess problems related to psychiatrist, deinstitutionalization and decentralization. Several policies and conditions in other country were informed. The conclusion of this study mentioned that there was lack of psychiatrist in Indonesia at present; the deinstitutionalization was influenced by national health financial. It needs further studies of effectiveness of community mental health programs through applied or operational research. Decentralization will succeed to improve mental health development if there is support from all sectors including the legislative.

Key words : Deinstitutionalization, decentralization, psychiatrist

Pasca perang dunia kedua terjadi reformasi yang penting di bidang kesehatan jiwa di berbagai negara di seluruh dunia. Amerika Serikat dan beberapa negara di benua Eropa antara lain Inggris dan Skandinavia sepakat untuk melakukan perubahan mendasar di bidang perawatan penderita penyakit jiwa yang didukung oleh Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*).¹ Pada masa sebelumnya, perawatan para penderita yang mengalami gangguan jiwa dilakukan dalam waktu yang lama di suatu lokasi perawatan. Lokasi tersebut disebut *asylum* yang terkesan sebagai bangunan tradisional yang terisolasi dan kumuh serta kurang memperhatikan aspek kemanusiaan. Tempat seperti itu dipastikan akan memberikan stigma sosial yang tinggi bagi para penderita gangguan kejiwaan yang bermukim dengan pasrah di sana. Reformasi psikiatri menuntut sistem perawatan modern dengan model pengobatan baru yang lebih efektif, waktu perawatan yang relatif lebih pendek serta rehabilitasi yang mampu mengembalikan berbagai fungsi yang terganggu. Kondisi tersebut lebih dikenal sebagai deinstitutionalisasi, suatu model perawatan yang mulai diberlakukan sejak tahun 1950. Sebagai tindak lanjut dari deinstitutionalisasi tersebut, pada tahun 1960-an, diluncurkan berbagai bentuk program kesehatan jiwa masyarakat yang seakan memperluas jangkauan sasaran program sampai di tingkat populasi dan lokasi pemukiman (*community mental health*).^{2,3}

Pada periode awal kemerdekaan Indonesia, program kesehatan jiwa yang diselenggarakan belum dapat menyesuaikan diri dengan situasi yang berkembang di tingkat internasional tersebut. Hal tersebut terlihat pada catatan dan informasi resmi tentang implementasi kebijakan deinstitutionalisasi pada periode awal kemerdekaan yang langka. Kebijakan deinstitutionalisasi tersebut mulai dilaksanakan sekitar tahun 1980 di rumah sakit jiwa dan berbagai unit pendukung pelayanan kesehatan jiwa yang telah ada di Indonesia. Dengan kebijakan deinstitutionalisasi tersebut, pasien gangguan jiwa di Indonesia tidak lagi diperkenankan untuk dirawat dalam periode yang panjang di rumah sakit jiwa. Pemasangan yang sebelumnya merupakan prosedur yang dianggap standar untuk selanjutnya dianggap lazim dan berubah menjadi sangat dilarang, karena dianggap bertentangan dengan hak asasi manusia. Pasien gangguan jiwa harus diberi pengobatan secara modern, dilakukan rehabilitasi atau bekal pekerjaan untuk selanjutnya segera dikembalikan kepada keluarga dan masyarakat. Dengan demikian, berbagai isu miring yang berhubungan dengan pelanggaran hak asasi manusia pada penderita gangguan kejiwaan secara bertahap direduksi dan dihilangkan.²⁻⁴

Di Indonesia, reformasi di bidang kesehatan jiwa belum secara meyakinkan memperlihatkan hasil yang memuaskan, berbagai fakta yang terus ditemukan tidak mengindikasikan kemajuan dengan hasil yang menggem-

birakan. Di berbagai daerah, pemasangan tampaknya masih terus terjadi mendera penderita dan keluarganya yang dilakukan karena tidak berdaya mencari jalan keluar dan kecenderungan penderita mengganggu ketenangan masyarakat akibat akses pelayanan yang rendah dan pengobatan yang tidak efektif. Selain itu, belum semua rumah sakit jiwa di Indonesia berhasil memperpendek masa perawatan pasien seperti yang diharapkan karena berbagai keterbatasan yang tak mampu diatasi. Dengan keterbatasan sumber dana dan sumber daya manusia, tampaknya upaya kementerian kesehatan yang terus berupaya untuk memaksimalkan reformasi di rumah sakit jiwa tersebut, masih menghadapi jalan mendaki yang terjal. Direktorat Kesehatan Jiwa yang bertanggung jawab terhadap kebijakan deinstitutionalisasi tersebut berulang kali dilanda prahara perubahan struktur organisasi, bolak balik berpindah lembaga yang menaunginya yaitu berada di bawah Direktorat Jendral pelayanan Medik (Yanmedik) dan Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat (Binkesmas) yang pada akhirnya kembali lagi di bawah naungan Yanmedik. Tampaknya pemisahan yang tegas antara pelayanan medis dengan pelayanan kesmas menempatkan lembaga yang bertanggung jawab pada program deinstitutionalisasi ini pada posisi yang mendua. Pengobatan penderita penyakit jiwa cenderung menempatkannya pada naungan pelayanan media, tetapi orientasinya pada kesehatan masyarakat membutuhkan pengayoman lembaga mempunyai kepedulian pada derita masyarakat. Kondisi ini seakan-akan ingin menyatakan bahwa kita kekurangan tenaga dokter spesialis penyakit jiwa yang berorientasi pada masyarakat. Kini restrukturisasi Kementerian Kesehatan Indonesia sedang dan akan terus dilaksanakan dan mengusung berbagai perubahan dan berbagai kemungkinan yang penuh ketidak pastian. Perhatian dan dukungan pada bidang kesehatan jiwa yang merana tersebut akan sangat ditentukan oleh kemampuan kita meyakinkan pada pemegang keputusan di negeri ini.

Kebijakan desentralisasi yang diterapkan di Indonesia pada tahun 2001, lebih berimplikasi terhadap pemekaran wilayah administrasi pemerintah daerah provinsi, kabupaten dan kota. Hal tersebut dapat dilihat pada pertambahan jumlah provinsi, kabupaten dan kota yang sangat pesat. Gagasan yang semula lebih ditekankan pada pemerataan hasil pembangunan ke seluruh wilayah Indonesia tersebut, seakan merupakan peluang untuk memperbesar jumlah kabupaten kota yang menampilkan para penguasa yang tidak selalu dekat dan peduli dengan kebutuhan masyarakat. Hingga tahun 2000, secara administratif di Indonesia tercatat 33 provinsi yang didalamnya tercakup 349 kabupaten dan 91 kota yang tidak sepenuhnya terkoordinasi secara baik.⁵ Desentralisasi berdampak pada penerapan Undang Undang Nomor 22 dan 25 Tahun 1999 dan Peraturan

Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 yang menyerahkan seluruh urusan operasional di bidang kesehatan kepada otonom pemerintah daerah kabupaten dan kota. Pelimpahan wewenang dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah tersebut selanjutnya mengubah pola kebijakan sektor kesehatan yang diharapkan dapat mengayomi masyarakat di bidang kesehatan, tetapi belum sepenuhnya dapat berjalan secara tepat dan lancar.

Anggaran pemerintah yang semula dikoordinasikan oleh pemerintah pusat diserahkan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota. Sementara, anggaran dekonstruksi dilimpahkan kepada gubernur yang mewakili pemerintah pusat di daerah dan berperan sebagai penanggung jawab di tingkat provinsi.⁵ Desentralisasi yang menyerahkan kewenangan untuk menentukan prioritas masalah kesehatan dan alokasi pembiayaan kesehatan pada pemerintah daerah tersebut oleh berbagai kalangan dianggap tepat karena ditentukan berdasarkan kebutuhan yang bersifat spesifik lokal. Namun, kebijakan desentralisasi tersebut dilakukan dengan setengah hati dan tidak ditindaklanjuti dengan berbagai program pendukung seperti menyerahkan rumah sakit jiwa kepada pemda yang memungkinkan pemda mengambil alih revitalisasi rumah sakit jiwa yang memerlukan berbagai perbaikan. Kebijakan desentralisasi yang dilakukan setengah hati tersebut terbukti berdampak buruk terhadap transformasi bidang kesehatan jiwa di Indonesia, hal tersebut terlihat pada ketidakpastian pelaksanaan deinstitutionalisasi. Meskipun bukan mimpi, perjuangan untuk merealisasikannya yang terasa semakin terjal, berliku dan bergelombang itu akan sangat meletihkan dan bagi para penderita dan keluarganya seakan ditempatkan di pos penantian yang tidak ada kepastian. Sementara, ditingkat pemegang keputusan, kebijakan deinstitutionalisasi terus mengundang perdebatan yang seakan tiada ujung. Rasionalisasi dari program yang cenderung dianggap abstrak ini, akan membuatnya semakin redup dan dilupakan. Apalagi jika tidak tersedia tokoh dengan visi yang kuat yang mampu meyakinkan para tokoh dan masyarakat untuk mendapat dukungan politis yang kuat. Semakin hari kebutuhan pada kebijakan deinstitutionalisasi ini semakin nyata, tetapi langkah-langkah positif ke arah sana terasa semakin surut dan melemah.

Peran pemda yang tergolong sangat penting adalah menempatkan yang bukan dokter spesialis psikiater untuk menjadi direktur di RSJ di seluruh Indonesia. Hal tersebut mengingat kebutuhan fungsi manjerial yang semakin dirasakan penting, sementara di lain pihak, kelangkaan dokter spesialis penyakit jiwa menuntut perhatian dan kepedulian yang penuh. Sementara itu, pasca desentralisasi, sebagian rumah sakit jiwa di Indonesia berubah fungsi menjadi rumah sakit umum dengan layanan unggulan psikiatri atau tetap menyebut rumah sakit jiwa plus yang juga memberikan pelayanan tambahan untuk para pasien berbagai penyakit

lain seperti yang dilakukan oleh rumah sakit umum. Di sadari atau tidak, hal tersebut berakibat pada penurunan jumlah tempat tidur yang disediakan bagi para pasien yang menderita gangguan jiwa serta kebutuhan alokasi sumber daya untuk masalah kesehatan yang lain. Pada saat yang bersamaan, tanpa direncanakan, ternyata secara perlahan dan pasti terjadi penurunan jumlah tenaga dokter spesialis psikiater yang merupakan motor penggerak program kesehatan jiwa. Perubahan tersebut akan terus berlanjut yang pada gilirannya membuat kinerja program kesehatan jiwa semakin terpuruk dan tidak mendapat perhatian yang serius.

Proses deinstitutionalisasi tampaknya semakin mendesak untuk diimplementasikan, mengingat kondisi sosial ekonomi yang mendera masyarakat memunculkan masalah kesehatan jiwa yang semakin besar dan unik. Hal tersebut terlihat secara mencolok oleh peningkatan jumlah gelandangan psikotik yang tersebar di berbagai wilayah di seluruh nusantara. Menurut salah satu jurnal internasional, gelandangan adalah pasien gangguan jiwa yang berwajah kosong yang bertebaran tidak ada tempat bermukim dikeramaian kota. Selain itu, kewajiban untuk menerima pasien kelas tiga secara gratis telah membuat rumah sakit jiwa tampil seperti barak pengungsian yang porak poranda dan tidak mampu memberikan kinerja yang baik. Dengan demikian, lengkap sudah citra kesehatan jiwa di Indonesia yang kumuh, kusut masai, compang camping dan tidak menawan. Hal tersebut memunculkan berbagai pertanyaan yang menyengat, bagaimana tingkat keberhasilan upaya deinstitutionalisasi sampai era desentralisasi? Seberapa berhasil upaya deinstitutionalisasi bagi pasien gangguan jiwa di Indonesia? Artikel ini bertujuan melakukan kajian terhadap berbagai masalah yang berhubungan dengan kesehatan jiwa dan deinstitutionalisasi pada era desentralisasi di Indonesia.

Kebijakan Kesehatan Jiwa

Kebijakan di bidang kesehatan jiwa yang terkini adalah Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan Jiwa tahun 2001 – 2005. Kebijakan pembangunan kesehatan jiwa tersebut diwarnai oleh desentralisasi yang menjadi salah satu acuan perubahan politik yang terjadi di Indonesia saat itu. Undang-Undang No. 22 dan No. 25 Tahun 1999 dan PP No 25 Tahun 2000 menyatakan bahwa urusan operasional di bidang kesehatan diserahkan sepenuhnya kepada daerah otonom pemerintah kabupaten/kota. Sementara, kewenangan pemerintah pusat termasuk Departemen Kesehatan lebih difokuskan pada aspek regulasi, fasilitasi dan standarisasi berbagai upaya kesehatan.⁶ Beberapa tahun berselang sempat terjadi kekacauan dan pada akhir tahun 2008 disusun kebijakan kesehatan jiwa baru yang menjadi pengganti dari kebijakan kesehatan jiwa yang dilaksanakan sebelumnya.

Kebijakan operasional kesehatan jiwa meliputi upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan dasar, pela-

yanan kesehatan rujukan dan pengelolaan sumber daya kesehatan jiwa. Upaya kesehatan masyarakat menekankan pencegahan primer yang ditujukan pada orang sehat yang belum kehilangan fungsi produktifnya. Hal tersebut dilakukan dengan memperhatikan siklus kehidupan manusia dan tanaman yang ada di dalam masyarakat. Pendidikan anak seharusnya telah dilakukan sejak dini dan pelayanan kesehatan yang ditujukan pada kelompok usia lanjut menjadi bagian yang sama-sama penting yang perlu mendapat perhatian. Demikian juga upaya penciptaan partisipasi masyarakat dan kemitraan swasta merupakan komponen kebijakan yang tidak kalah pentingnya sehingga perlu mendapat perhatian yang serius. Kebijakan dalam pelayanan kesehatan dasar menempatkan puskesmas sebagai ujung tombak yang mampu mengidentifikasi gangguan jiwa secara dini dan memberikan pelayanan kesehatan jiwa dasar. Tentu saja hal tersebut tidak serta merta dapat dilaksanakan secara serentak dan luas, disamping bekal bagi para dokter umum yang terbatas juga karena tidak semua mereka berminat dan menaruh perhatian yang serius pada masalah kesehatan jiwa di masyarakat. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) juga termasuk prioritas upaya kesehatan jiwa dasar yang diharapkan dapat membayar semua klaim kasus kesehatan jiwa. Ketiga, kebijakan dalam pelayanan kesehatan jiwa rujukan yang dilaksanakan di rumah sakit jiwa dan rumah sakit umum pusat pendidikan. Pusat kesehatan jiwa rujukan diharapkan memberikan pelayanan kesehatan jiwa spesialis. Pengelolaan sumber daya kesehatan jiwa ditekankan pada ketersediaan tenaga kesehatan jiwa, pengembangan sistem informasi kesehatan jiwa dan advokasi terhadap pemerintah daerah untuk jaminan kelangsungan program kesehatan jiwa dan ketersediaan sumber daya manusia.⁷

Selama beberapa tahun kesehatan jiwa di Indonesia mengalami pasang surut perhatian dan kekosongan implementasi program. Pada tahun 2008, kembali dilakukan penyusunan kebijakan nasional pembangunan kesehatan jiwa berdasarkan visi kesehatan jiwa *"Working together for mental health"* atau *"Kerjasama menuju masyarakat Indonesia yang sehat jiwa"*. Kebijakan umum kesehatan jiwa tersebut mencakup seluruh upaya kesehatan jiwa yang harus dilakukan dengan mengikuti prinsip-prinsip dasar yang telah ditentukan. Berbagai prinsip dasar tersebut meliputi partisipasi dan pemberdayaan masyarakat, sifat multidisiplin yang sesuai dengan konsep desentralisasi. Hal tersebut dilakukan pada seluruh siklus kehidupan dan dengan strategi surveilans, promotif, preventif dan manajemen pelayanan kesehatan jiwa yang berkualitas.⁸

Tenaga Psikiater

Catatan terkini memperlihatkan bahwa di seluruh provinsi di Indonesia terdapat 34 Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dan satu Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO). Selain itu,

di Banjar Masik, Provinsi Kalimantan Selatan, terdapat satu rumah sakit umum yang sebelumnya merupakan RSJ dan sampai kini masih dikenal sebagai RSJ. Di Kelawa Atei, Provinsi Kalimantan Tengah terdapat satu Balai Kesehatan Jiwa Masyarakat dan di Rumah Sakit Umum Prof Yohannes, Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur, terdapat satu RSJ yang masih dalam proses peningkatan dari unit pelaksana fungsional (UPF) menjadi RSJ Kupang. Total tenaga psikiater yang tersedia di seluruh unit pelayanan kesehatan jiwa milik pemerintah di Indonesia adalah 125 orang. Ada dua RSJ yang belum mempunyai tenaga dokter spesialis penyakit jiwa adalah RSJ Bengkulu dan RSJ Abepura. Dari seluruh rumah sakit jiwa di Indonesia tersebut, hanya 15 RSJ dan RSKO yang dipimpin oleh dokter spesialis penyakit jiwa, sebanyak 19 RSJ yang lain dipimpin oleh direktur yang bukan dokter spesialis penyakit jiwa.

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Kementerian Kesehatan, pada tahun 2009, untuk mengisi kekosongan RSJ di seluruh Indonesia, diperlukan sekitar 135 orang tenaga dokter spesialis penyakit jiwa baru. Jumlah tersebut ditentukan berdasarkan asumsi bahwa setiap RSJ tidak hanya merupakan pusat rujukan kesehatan jiwa, tetapi juga merupakan pusat pendidikan kesehatan jiwa sehingga memerlukan tenaga psikiater tambahan. Di samping itu, masih terdapat peluang untuk mengisi kekosongan di 440 RSU kabupaten/kota sebagai tenaga psikiater di poliklinik jiwa. Dengan demikian, secara ideal, tenaga dokter spesialis penyakit jiwa yang masih dibutuhkan sekitar 25% dari 440 kabupaten/kota atau 110 orang. Saat ini, kekosongan tersebut baru dapat terisi kurang dari 10% dari yang dibutuhkan.⁹ Di seluruh Indonesia, dengan jumlah psikiater sekitar 1500 orang, secara kasar rasio tenaga dokter spesialis penyakit jiwa dan penduduk adalah 1 per 100.000 penduduk. Data tersebut memperlihatkan bahwa untuk menunjang pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia dibutuhkan lebih banyak lagi tenaga dokter spesialis penyakit jiwa yang untuk memenuhinya memerlukan upaya besar dan perhatian yang sangat serius.¹⁰

Deinstitusionalisasi dan Desentralisasi

Deinstitusionalisasi tampaknya masih merupakan pekerjaan rumah besar yang sampai kini belum memperlihatkan kemajuan yang berarti yang memberi kesan dapat diselesaikan dalam waktu yang tidak terlalu lama. Dengan demikian dapat dibayangkan peluang yang kita miliki untuk dapat mengurangi masa rawat inap pasien penyakit jiwa yang didukung oleh program kesehatan jiwa masyarakat. Di tengah keterbatasan tenaga dokter spesialis penyakit jiwa dan keterbatasan dukungan dana belum dapat dibayangkan kapan kita dapat mencapai kondisi ideal yang kita harapkan itu. Sebagai contoh, Jakarta kota terbesar yang menjadi ibu kota negara itu, ditempati oleh sekitar 50% dari total dokter spesialis penyakit jiwa yang ada di seluruh Indonesia. Jumlah tersebut termasuk dok-

ter spesialis penyakit jiwa non pegawai negeri sipil (PNS) dan pensiunan yang berjumlah cukup besar. Meskipun demikian, program kesehatan jiwa masyarakat di Jakarta tidak memperlihatkan kemajuan yang berarti seperti yang diharapkan. Tenaga dokter spesialis penyakit jiwa yang menumpuk di Jakarta itu tampaknya tidak menaruh minat pada kebijakan deinstitutionalisasi dan masalah gelandangan psikotik terus menjadi besar dan memprihatinkan karena tidak mengundang minat dan kepedulian.

Sementara itu, kebijakan deinstitutionalisasi masih sering mengundang pertanyaan; apakah mungkin masa rawat inap penderita penyakit jiwa dapat menjadi lebih pendek? Terlihat kecenderungan bahwa masa rawat inap penderita penyakit jiwa sesungguhnya telah menjadi lebih pendek, tetapi perawatan mereka kemudian dilanjutkan di panti rehabilitasi atau rumah singgah gangguan mental. Ada kecenderungan bahwa keluarga pasien tetap menolak pasien penyakit jiwa untuk kembali ke rumah tangga untuk bergabung dengan keluarga mereka. Dengan situasi kota metropolitan yang lebih bersifat individual dan penampilan diri, keluarga tampaknya dengan segala cara memilih untuk tetap menitipkan pasien sakit jiwa ke rumah perawatan atau panti sosial, meskipun pada pasien tersebut telah dilakukan pengobatan secara luas. Suatu telaah kritis menuliskan bahwa dengan deinstitutionalisasi berarti peran lembaga penyelenggara rumah sakit serta pemerintah harus semakin kuat sehingga tampaknya tidak ada pilihan bahwa upaya tersebut harus melibatkan lembaga legislatif yang mewakili masyarakat termasuk penderita kelainan jiwa dan keluarganya.

Di lain pihak, peran profesional dokter spesialis penyakit jiwa di bidang psikiatri terlihat semakin berkurang akibat pemunculan profesional lain yang secara bersama mendukung program kesehatan jiwa masyarakat. Profesi tersebut antara lain meliputi pekerja sosial, psikolog dan petugas rehabilitasi. Dampak yang lain adalah peningkatan teknologi bidang psikiatri dan penampilan kepentingan industri farmasi di bidang psikofarmaka.¹ Bagaimanapun, deinstitutionalisasi tidak selalu memperlihatkan hasil yang menggembirakan pada semua aspek. Beberapa laporan di luar negeri menyebutkan bahwa berbagai masalah yang muncul antara lain adalah kegagalan dalam penyediaan kebutuhan dasar pasien gangguan jiwa berupa perumahan sehingga timbul masalah *homelessness*.¹¹ Di negara maju masalah tersebut diatasi dengan membangun *emergency housing* yang dapat digunakan oleh pasien gangguan jiwa berat yang sudah dinyatakan layak meninggalkan rumah sakit dan menunggu kembali ke perawatan kesehatan masyarakat.¹²

Di Indonesia, meskipun tidak terlalu tepat, istilah yang digunakan untuk gelandangan yang lazim ditemukan di berbagai wilayah studi Indonesia dapat disamakan dengan *homeless* yang lazim ditemukan di negara maju, karena

gelandangan yang selain tidak mempunyai tempat tinggal juga mengalami tingkat keparahan penyakit yang lebih tinggi. Penelitian yang lain menemukan bahwa pasien gangguan jiwa berat yang dirawat di fasilitas pelayanan antara (*intermediate care facility*) mengeluh tidak mendapatkan prosedur diagnosis dan upaya pengobatan yang memadai. Tampaknya ada kesenjangan antara pelayanan yang diberikan oleh petugas dan pelayanan yang diharapkan oleh para pasien.¹³ Pada rumah perawatan komunitas (*community nursing home*), sering ditemukan kesulitan memprediksi prognosis pasien gangguan jiwa yang secara bersamaan mengalami penyalahgunaan zat berbahaya/aditif. Selain itu, fasilitas *nursing home* ternyata lebih tepat digunakan untuk pasien-pasien yang berusia lanjut yang menderita kelainan demensia daripada pasien-pasien berusia muda yang tidak mempunyai komorbiditas berbagai gangguan yang lain.^{13,14}

Di Indonesia, data dan penelitian tentang deinstitutionalisasi yang telah dilaksanakan masih tergolong langka atau bahkan belum ada sama sekali. Namun, hasil penelitian yang telah dilakukan di berbagai negara lain memberikan laporan hasil yang positif. Keuntungan deinstitutionalisasi antara lain adalah rerata pasien berada pada kelompok anak dan remaja yang dirawat di RSJ meningkat dari semula enam tahun menjadi 20 tahun, waktu perawatan menjadi semakin pendek, *turnover rate* meningkat. Semua kinerja tersebut bermuara pada penurunan anggaran kesehatan jiwa yang dialokasikan pemerintah.^{2,15} Dampak lain adalah peningkatan kemampuan fungsi sosial dan jaringan sosial pasien. Meskipun demikian, derajat keparahan penyakit antara pasien yang mendapat perawatan panjang dengan pasien yang segera dikembalikan kepada masyarakat tidak mengalami perubahan.¹⁵

Dampak desentralisasi yang lain adalah penurunan jumlah tenaga kesehatan yang bersedia untuk ditempatkan di daerah kabupaten dan kota. Pengangkatan dokter dan dokter spesialis di daerah berhubungan erat dengan kebijakan pemerintah daerah di tingkat lokal. Janji pemerintah daerah untuk mengangkat tenaga dokter sebagai PNS dan memberikan insentif untuk mengisi kekosongan tenaga kesehatan tampaknya belum cukup ampuh untuk membuat dokter spesialis penyakit jiwa muda bersedia mengisi rumah sakit di kabupaten dan kota yang memberi pelayanan kesehatan jiwa. Sebelum diberlakukan Kepres No.37 tahun 1991 tentang Dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT), semua dokter diangkat sebagai pegawai negeri sipil (PNS) yang terikat dengan ketentuan yang berlaku.¹⁶ Dengan status PNS, semua psikiater yang baru lulus diwajibkan menjalani wajib kerja sarjana kedua kalinya di rumah sakit daerah sehingga peluang untuk memenuhi kebutuhan tersebut relatif lebih besar.

Pada periode tersebut, Departemen Kesehatan mengatur seluruh penempatan dokter dan dokter spesialis,

sehingga penyebaran tenaga psikiater terlihat relatif merata. Pada era tahun 1990-2000, pemerintah Indonesia melakukan kebijakan *zero growth* penerimaan PNS, sehingga penerimaan pegawai baru di lingkungan pemerintah lebih ditujukan untuk menggantikan PNS yang pensiun dan tidak ada pengangkatan pegawai baru. Menyusul kebijakan tersebut, pada awal tahun 2000 mulai terasa krisis tenaga kesehatan berstatus PNS yang tidak hanya terbatas pada tenaga psikiater. Setelah dilakukan peninjauan kembali, pemerintah memutuskan untuk mengangkat banyak tenaga kesehatan. Namun, pengangkatan kembali para dokter tersebut tidak serta-merta menyelesaikan masalah, karena sempat hal tersebut sempat menyebabkan kekosongan tenaga kesehatan yang tidak segera dapat dipenuhi akibat masa transisi desentralisasi.

Langkah Perbaikan

Indonesia adalah salah satu negara yang telah mempunyai kebijakan kesehatan jiwa yang tergolong langka. Dari sekitar 40,5% Negara-negara di dunia yang telah tercatat oleh WHO mempunyai kebijakan kesehatan jiwa tersebut, hanya sekitar 30,3% negara yang mempunyai program kesehatan jiwa.¹⁷ Pada dasarnya, kebijakan kesehatan jiwa nasional di Indonesia telah memadai dalam pengertian telah memasukkan berbagai isu penting di bidang kesehatan, antara lain meliputi kemiskinan, *equity* dan *human security*.¹⁸ Jika ditelaah lebih lanjut, ternyata kebijakan kesehatan jiwa di beberapa negara tidak lagi menggunakan istilah deinstitutionalisasi. Istilah tersebut secara langsung telah dijabarkan dalam kesehatan jiwa masyarakat yang menyiratkan keharusan memperkuat program kesehatan jiwa masyarakat untuk menjamin kelangsungan pembangunan kesehatan jiwa bangsa.^{19,20} Pemerintah Indonesia secara berkesinambungan mengupayakan proses desentralisasi dengan tujuan untuk dapat menjalankan secara lebih baik program kesehatan jiwa masyarakat tersebut. Konsep desentralisasi secara sangat jelas menyatakan bahwa pemerintah daerah yang lebih menguasai berbagai persoalan dan kebutuhan di daerahnya masing-masing secara lokal spesifik, mendapat kewenangan yang besar untuk melaksanakan berbagai program termasuk program sektor kesehatan secara tepat.

Suatu kebijakan yang akan atau telah diimplementasikan layak untuk dilakukan pengkajian secara seksama khususnya tentang cara dan waktu yang tepat dalam melaksanakannya. Kajian tersebut memerlukan dukungan berbagai jenis riset yang mencakup riset terapan, riset operasional serta analisis sistem. Selain itu, yang tidak kalah pentingnya adalah melakukan analisis kesehatan dari sudut pandang ekonomi seperti analisis *cost*, *cost benefit*, *cost effectiveness*, *budget impact*, sistem keuangan dan penganggaran kesehatan. Kajian dan dukungan riset tersebut memerlukan kerja sama lintas sektoral

yang meliputi pihak pemerintah khususnya birokrat dan para legislatif, pihak perguruan tinggi terkait serta pihak swasta dan komponen masyarakat.⁶

Dari uraian di atas dapat dinyatakan bahwa kebijakan deinstitutionalisasi dan desentralisasi telah dilaksanakan di Indonesia, mengingat keduanya merupakan suatu keniscayaan yang seharusnya terjadi. Namun, perlu tekankan bahwa kebijakan tersebut belum sepenuhnya berhasil dan memenuhi harapan seperti yang dipahami secara internasional. Dari uraian sebelumnya, dapat diketahui bahwa faktor-faktor yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan kebijakan tersebut ternyata sangat besar dan masih sangat jauh untuk dipenuhi. Dengan jumlah dokter spesialis penyakit jiwa yang sangat rendah dan sistem JPKM ataupun asuransi kesehatan yang belum mampu menjangkau obat-obat psikotropika generasi baru yang diperlukan, upaya mengimplementasikan program deinstitutionalisasi atau kesehatan jiwa masyarakat masih jauh terlaksana dengan baik. Masih diperlukan dukungan politis yang kuat, semangat penyelenggara yang pantang menyerah dan ketulusan dan kepedulian seluruh komponen masyarakat untuk menggapainya.

Dengan obat-obatan antipsikosis lama mustahil dapat dilakukan perawatan yang singkat dan pemulihan pasien segera kepada masyarakat, karena fungsi sosial seorang pasien gangguan jiwa sangat ditentukan oleh jenis obat yang dikonsumsi. Semakin baik obat psikofarmaka yang digunakan, semakin kecil pula efek samping yang tidak diinginkan sehingga pasien dapat melakukan fungsi sosialnya dan diterima oleh masyarakat. Obat-obatan generasi terbaru mempunyai keunggulan antara lain tidak mengantuk, tidak mengganggu fungsi kognitif serta mempunyai efek samping yang rendah seperti tremor, ataksia dan sebagainya. Masalah penting yang lain adalah bahwa sebagian besar masyarakat Indonesia belum mempunyai JPKM sehingga sangat tergantung pada dana subsidi pemerintah. Di berbagai negara yang telah melaksanakan kebijakan deinstitutionalisasi secara berhasil, masih mempunyai masalah dengan anggaran pemerintah yang dikeluarkan untuk program deinstitutionalisasi tersebut. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa deinstitutionalisasi sangat terkait erat dengan alokasi pembiayaan di sektor kesehatan.

Riset operasional, analisis sistem kebijakan serta berbagai penelitian di bidang kesehatan jiwa tampaknya masih tergolong sangat rendah. Dengan demikian, sebagian besar keputusan yang berhubungan dengan deinstitutionalisasi tidak didukung oleh eviden hasil penelitian yang objektif, sistematis dan rasional atau olah analisis yang dilakukan secara memadai. Ketersediaan data yang sangat minim tersebut membuat pengungkapan masalah masih terbatas pada opini ahli, isu-isu dikalangan profesional serta artikel populer di media massa. Di dalam analisis kebijakan kesehatan jiwa yang ditetapkan WHO,

disebutkan bahwa evaluasi dan penelitian diharapkan dilakukan terhadap berbagai negara yang telah mengimplementasikan kebijakan tersebut.¹⁷ Selain itu, perlu dilakukan penilaian *cost benefit* karena meskipun deinstitutionalisasi yang telah dijabarkan menjadi kesehatan jiwa masyarakat apapun bentuknya baik *nursing home*, *intermediate home*, *emergency housing* tetap saja masalah pembiayaan menjadi faktor yang sangat penting. Tugas kesehatan jiwa masyarakat di abad 21 adalah membangun dukungan dari para pembuat kebijakan dana masyarakat dengan tujuan utama untuk mendapatkan anggaran yang memadai guna meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa untuk seluruh masyarakat.²⁰

Kesimpulan

Deinstitutionalisasi adalah kebijakan internasional di bidang kesehatan jiwa yang telah dijalankan di Indonesia. Meskipun demikian, masih banyak masalah mendasar yang perlu dibenahi antara lain adalah mencari model pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang tepat dengan kondisi sosial dan budaya di Indonesia. Selain itu, JPKM dan asuransi kesehatan harus dapat dikembangkan secara optimal sehingga mampu menjangkau para penderita yang memerlukan pelayanan kesehatan jiwa. Deinstitutionalisasi dapat diimplementasikan secara berhasil apabila mendapat dukungan dari berbagai pihak khususnya pihak legislatif terutama dalam mendukung upaya penyediaan anggaran kesehatan jiwa masyarakat dan jaminan obat-obat psikotropika generasi baru. Kebijakan deinstitutionalisasi yang ideal itu hanya mungkin terimplementasi secara memadai apabila jumlah tenaga kesehatan jiwa yang dimotori oleh dokter spesialis penyakit jiwa tersedia secara memadai. Bersamaan dengan pelaksanaan kebijakan desentralisasi, pemerintah daerah seharusnya mampu membiayai pendidikan tenaga dokter umum untuk menjadi dokter spesialis penyakit jiwa yang diharapkan dapat bekerja di daerahnya.

Saran

Untuk dapat mendukung kebijakan deinstitutionalisasi atau kesehatan jiwa masyarakat perlu dilakukan berbagai penelitian termasuk operasional riset. Tingkat keberhasilan suatu kebijakan hanya dapat diukur secara tepat melalui penelitian atau analisis sehingga berbagai data yang dihasilkan merupakan data valid yang dapat diandalkan untuk perencanaan program kesehatan jiwa pada masa yang akan datang. Implementasi secara memadai kebijakan deinstitutionalisasi memerlukan dukungan lintas sektoral secara luas yang melibatkan para pemegang keputusan dan pembuat kebijakan terutama lembaga legislatif. Kebijakan desentralisasi khususnya di bidang kesehatan hendaknya dapat dilaksanakan secara menyeluruh dan tulus dan rendah hati. Itu berarti ada

hasrat yang besar untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat tanpa dibayangi oleh hasrat untuk memperebutkan kewenangan yang sesungguhnya milik rakyat itu.

Daftar Pustaka

1. Novella EJ. Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. *Med Health Care & Philos.* 2008; 11: 304-14.
2. Stiles PG, Culhane DP, Hudley TR. Before and after deinstitutionalization: comparing state hospitalization utilization, staffing, and costs in 1949 and 1988. *Administration and Policy in Mental Health.* 1996; 23 (6): 513
3. Stiles PG, Culhane DP, Hudley TR. Old and New: a comparison of state psychiatric hospitals. *Psychiatric Services.* 1996; 47 (8): 862-68.
4. Murphy MJ, Dorwart R. Mental health in Calkins D, Fernandopulle RJ, Marino BS. Health care policy. Massachusetts: Blackwell Science; 1995.
5. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Profil kesehatan 2007. Jakarta: Depkes RI; 2007.
6. Nasution AH. Analisis kebijakan. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia.* 2000; XXVIII (9): 498-503.
7. Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat Ditjen Binkesmas Depkes RI. Kebijakan Nasional Pembangunan Kesehatan Jiwa 2001-2005. Jakarta: Depkes RI; 2001.
8. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Kebijakan nasional kesehatan jiwa. Jakarta: Depkes RI; 2008.
9. Eka V. Situasi RSJ di Indonesia [edisi Desember 2008]. *Psikiatri Indonesia.* Diunduh dari: indo-psy@yahoo.com.
10. Rossi IM. Psikiater di Indonesia masih minim. *Tempo Interaktif.* 29 Juni, 2006.
11. Goodwin R, Lyons JS. An emergency housing program as an alternative to inpatients treatment for person with severe mental illness. *Psychiatric Services.* 2001; 52: 92-5.
12. Anderson RL, Lewis DA. Clinical characteristics and service use of person with mental illness living in an intermediate care facility. *Psychiatric Services.* 1999; 50: 1341-45.
13. Anderson RL, Lyons JS, West C. The prediction of mental health service use in residential care. 2001; 37 (4): 313-23.
14. Mechanic D, Mc Alpine DD. Use of nursing homes in the care of persons with severe mental illness: 1985 to 1995. *Psychiatric Services.* 2000; 51: 354-8.
15. Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. Outcome for longterm patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatric Services.* 2005; 56: 1416-22.
16. Azrul Azwar. JPKM dan pemberdayaan dokter Indonesia. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia.* 2000; XXVIII (4): 191-259.
17. World Health Organization. Mental health policy, plans, programmes 2005.
18. Barker C. The health care policy process. London: SAGE Publications Ltd; 1996.
19. Lynch F. The effects of state intergovernmental transfers on local public mental health services. *Administration and Policy in Mental Health.* 1997; 24 (4): 279-99.
20. Rosenheck R. The delivery of mental health services in the 21 st century : bringing the community back in. *Community Mental Health Journal.* 2000; 36 (1): 107-24.